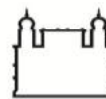




Pós-Graduação em  
**Atenção Básica  
em Saúde da Família**



FIOCRUZ  
UNIDADE CERRADO PANTANAL

LURDES PADILHA SCHOFFEN

**PROTOCOLO PARA ORIENTAÇÃO /ACOMPANHAMENTOS DOS  
PACIENTES DIABETICOS DA ESTRÁTEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
DO MUNICÍPIO DE ANASTÁCIO-MS**

ANASTÁCIO - MS

2014

LURDES PADILHA SCHOFFEN

**PROTOCOLO PARA ORIENTAÇÃO /ACOMPANHAMENTOS DOS  
PACIENTES DIABETICOS DA ESTRÁTEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
DO MUNICÍPIO DE ANASTÁCIO-MS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Universidade Federal de  
Mato Grosso do Sul para obtenção do  
título de especialista em Atenção Básica  
em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Valéria  
Rodrigues de Lacerda.

ANASTÁCIO-MS

2014

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida: a meu amado marido João e aos meus queridos filhos Antonio e Thais que confiaram no meu potencial para esta conquista. Não conquistaria nada, se não estivessem ao meu lado. Obrigada, por estarem sempre presentes em todos os momentos, me dando carinho, apoio, incentivo, determinação, fé, e principalmente pelo Amor de vocês!!!

## **AGRADECIMENTOS**

Acima de tudo a Deus, pai misericordioso e a Nossa Senhora que sempre esta ao meu lado me iluminando no exercício desta profissão tão bela e árdua.

A meu querido marido João, ofereço um agradecimento mais do que especial, por ter vivenciado comigo passo a passo todos os detalhes deste trabalho, ter me ajudado, durante todas as ações, por ter me dado todo o apoio que necessitava nos momentos difíceis, todo carinho, respeito, por ter me aturado nos momentos de estresse, e por tornar minha vida cada dia mais feliz.

Dedico um agradecimento todo especial a aos meus queridos colaboradores, enfermeira Daniele, enfermeira Nabila, nutricionista Úrsula Coelho e os ACS da ESF, que participaram de forma voluntária para a concretização desse projeto. Agradeço também a todos os meus amigos e colegas de trabalho que de alguma maneira ajudaram para esta realização.

Agradeço finalmente a minha maravilhosa tutora Valéria, que foi uma orientadora que apesar da distancia se mostrou presente, esclarecendo as minhas dúvidas, tendo muita paciência, competência.

## RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença silenciosa que vem aumentando mundialmente, comprometendo a qualidade de vida do portador devido a suas complicações, acarretando altos custos no controle metabólico e tratamento das complicações. Levando muitas vezes a perda da produtividade no trabalho, aposentadorias precoces e mortalidade, acarretando carga adicional a sociedade. Após análise dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), fichas de cadastro dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), verificou-se que havia um grande número de diabéticos na Estratégia de Saúde da Família de Anastácio, com aproximadamente 5000 pessoas, correspondendo a 1564 famílias. Desses, 120 indivíduos são diabéticos. Assim propôs-se a criação do protocolo para orientação /acompanhamentos do diabético, com o objetivo de diminuir as sequelas e doenças subsequentes da diabetes, melhorando a qualidade de vida do portador. Estabelecendo diagnóstico, identificando lesões evitando complicações crônicas, promovendo tratamento adequado para DM, reduzindo fatores de risco e agravo da doença crônica. Nas reuniões de hipertenção realizadas na ESF, foram abordadas quais as dificuldades que tinham em relação à doença DM, alimentação, cuidados, doenças subsequentes. Participavam da reunião os seguintes profissionais: nutricionista, enfermeira, ACS, técnico de enfermagem. Durante a roda de conversa observou-se que a maior dificuldade do portador da DM esta em relação à alimentação, pois sabe que precisa de reeducação alimentar, no entanto, não o fazem.

**Palavras-chave:** Diabetes; Prevenção Primária, autocuidado, doenças subsequentes.

## ABSTRACT

Miellitus Diabetes (DM) is a silent disease that is increasing worldwide, compromising the quality of life of patients due to its complications, leading to high costs for metabolic control and treatment of complications. Often leading to loss of productivity at work, early retirement and mortality, causing additional burden to society. After data analysis SIAB, registration forms of ACS, it was found that there were a large number of diabetics in the Family Health Strategy Anastasius, with approximately 5000 people. corresponding to 1564 households. Being 120 people with diabetes. Where it was proposed to establish protocol for guidance / accompaniments diabetic, with the aim of reducing the sequelae of diabetes and subsequent diseases, improving the quality of life of patients. Establishing diagnosis, identifying injuries preventing chronic complications, promoting proper treatment for DM, reducing risk factors for chronic disease and injury. In hirperdia meetings held in the EFS were addressed what difficulties they had in relation to DM disease, feeding, care, subsequent diseases. With participation in the nutritionist, nurse, ACS, nursing technician meeting. During the conversation wheel observe that the greatest difficulty that the holder of DM in relation to food knows it needs nutritional education, however do not.

**Keywords:** Diabetes; Primary prevention, self care, subsequent diseases.

## SUMÁRIO

<b>1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....</b>	<b>08</b>
1.1INTRODUÇÃO.....	08
1.2 OBJETIVOS .....	10
<b>2. ANÁLISE ESTRATÉGICA .....</b>	<b>11</b>
<b>3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>13</b>
3.1. PROTOCOLO.....	16
3.2. CRITERIOS UTILIZADOS PARA PROBLEMAS PRIORITÁRIOS.....	18
3.3 ESQUEMA DO PROBLEMA SELECIONADO.....	19
3.4 ESTRATEGIAS PARA DESENVOLVER O PROTOCOLO.....	20
3.5. PROPOSTA PARA ACOMPANHAMENTO.....	22
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>

## **1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS**

### **1.1 INTRODUÇÃO**

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença tão antiga quanto a humanidade, visto que na história universal há registros que constitui verdadeiros marcos relatando o progresso das observações clínicas e pesquisas em torno da doença. (SANTOS et al, 2008)

O DM é um dos problemas mais graves de saúde pública, respondendo por 40% das mortes por doenças cardiovasculares, a primeira causa de morte no mundo. No Brasil atinge cerca de 10% das pessoas entre 30 e 69 anos. Sendo que metade delas não sabe que são portadoras do diabetes. Diabetes é o aumento do açúcar no sangue, podendo ser de dois tipos. No tipo 1, as células do pâncreas (célula beta pancreática), produtoras de insulina (o hormônio que ajuda a glicose a entrar nas células) são destruídas. No tipo 2 é por resistência periférica, ou seja, a insulina associada a diminuição na produção de insulina tornando-se resistente.

O termo diabetes veio da Grécia antiga nos anos 70 quando Areteu da Capadócia descreveu a doença pela primeira vez. Ele comparou o funcionamento do organismo dos pacientes com um sifão, pois tudo o que entrava pela boca ia literalmente pelo ralo com o excesso de urina. O Diabetes tem sido um problema de saúde pública, sua incidência e prevalência vêm aumentando comprometendo a qualidade de vida. As complicações por sua vez comprometem a produtividade e a qualidade de vida e sobrevivência dos indivíduos. Além disso, acarreta altos custos no seu controle metabólico e tratamento das complicações. O Diabetes representa uma carga adicional à sociedade decorrendo de perda da produtividade no trabalho, aposentadorias e mortalidade precoce. (SARTORELL e FRANCO, 2003; CAIXETA, 2007)

O Sistema Único de Saúde (SUS) e os profissionais da área de saúde devem ser capacitados e estimulados para detectar, estabelecendo diagnóstico, identificando lesões evitando complicações crônicas, promovendo tratamento adequado para DM, reduzindo fatores de risco e agravo da doença crônica, necessitando de intervenção imediata pelo grau de incapacidade que provoca.



A população da ESF Anastácio é de aproximadamente 5.000 mil pessoas correspondendo a 1564 famílias. Para realizar a análise situacional da Unidade Básica de Saúde da Família foram utilizados dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A partir desses dados observou-se um número expressivo de diabéticos nessa Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Esse fato gerou uma discussão com a equipe da UBSF e decidiu-se pela elaboração de um protocolo para orientação /acompanhamento dessa população.

Assim realizou-se uma análise situacional detalhada para o levantamento de dados da população da ESF que esta dividida em 08 microáreas sendo a população predominante na faixa etária entre 20 a 59 anos, o que corresponde a 57% da população.

A criação do protocolo tem como objetivo orientar /acompanhar essa população diminuindo assim as sequelas e doenças subsequentes da diabetes e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida do portador. Além disso, estabelecer diagnóstico, identificar lesões, evitar complicações crônicas, promover tratamento adequado para DM e reduzir fatores de risco e agravos da doença crônica.

Diante do exposto propõe-se a criação de um protocolo orientar/acompanhar os pacientes com Diabetes. Além disso, esse estudo possibilitará traçar o perfil e caracterização dessa população o que acarretará em planejamentos de intervenção mais eficazes no futuro.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo geral**

Criar um protocolo de atendimento para orientar/acompanhar os pacientes portadores de diabetes na Estratégia de Saúde da Família do município de Anastácio-MS.

### **1.2.2 Objetivo específico**

- Traçar o perfil e caracterização dessa população específica.
- Orientar essa clientela para a importância de adesão ao tratamento.

## **2. ANALISE ESTRATÉGICA**

Através dos dados do SIAB observou-se 120 pacientes com DM. Discutindo com a equipe da ESF de Anastácio-MS verificou-se a necessidade de divulgação do programa já existente e informações relacionadas à DM e doenças subsequentes. Além disso, estabeleceu-se como prioridade a criação de um protocolo para orientar/acompanhar essa população específica.

A Unidade Básica de Estratégia de Saúde da Família de Anastácio-MS foi selecionada para criar e implantar um protocolo para orientação /acompanhamento dos pacientes diabéticos. A UBSF conta com aproximadamente 5000 indivíduos correspondendo a 1564 famílias cadastradas. A ESF localiza-se na Rua Dom Aquino, Centro de Anastácio, CNES 2591499. É a UBSF com maior número de pacientes diabéticos, em torno de 120 indivíduos.

O atendimento primário será realizado na Estratégia de Saúde da Família Anastácio (ESF Anastácio) pelo médico clínico geral, enfermeira, técnico em enfermagem e ACS. O atendimento secundário será encaminhado para referencia no Centro de Especialidade Médica (CEM) onde os pacientes serão atendidos pelo cardiologista, endocrinologista, técnico em enfermagem, psicólogo, nutricionista, de acordo com a necessidade de cada um.

A criação do protocolo tem como objetivo orientar/acompanhar os pacientes diabéticos diminuindo assim as sequelas e doenças subsequentes da diabetes e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida dessa população. O protocolo foi criado diante de uma problemática identificada embasado em consultas ao sistema de informação SIAB e fichas de cadastro dos ACS, com o intuito de prevenir e auxiliar o auto cuidado dos portadores de DM, evitando complicações crônicas, promovendo tratamento adequado e qualidade de vida com abordagem da população acima de 20 anos.

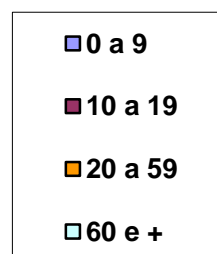
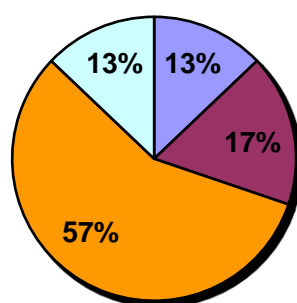
De acordo com levantamentos observa-se que vem crescendo o número de pessoas com diabetes, e suas complicações, havendo necessidade de informações preventivas, pois se trata de um problema de saúde pública comprometendo a produtividade e qualidade de vida dos portadores devido a complicações.

Este protocolo foi realizado na ESF Anastácio-MS nas reuniões de hiperdia, nos meses de outubro/novembro de 2013 e janeiro/maio de 2014, na última quinta-feira de cada mês, com os hipertensos e enfatizando os diabéticos. A roda de conversa aconteceu com a enfermeira, nutricionista, técnico de enfermagem e ACS, onde se verificou a glicemia capilar, PA, falou-se sobre alimentação, cuidados, doenças subsequentes. Para atingir os objetivos propostos foram realizadas ações educativas, levantando quais as dificuldades enfrentadas pelo portador de DM. Percebeu-se que a maior dificuldade está em relação a alimentação.

### 3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A proposta de criação do protocolo para orientação /acompanhamentos dos pacientes diabéticos, iniciou-se após levantamentos de dados do SIAB e fichas de cadastro dos ACS, pois o programa de hiperdia já existe e precisava verificar quais as dificuldades dos pacientes em aderir ao programa. Após a roda de conversa ficou estabelecido que nas reuniões que a avaliação fosse através do protocolo de acompanhamento, direcionando o paciente de acordo com a dificuldade por ele apresentada para seu atendimento. Para isso contamos com a participação da nutricionista, e toda a equipe da ESF nas reuniões que foram realizadas na última quinta-feira de cada mês (outubro/novembro de 2013 e janeiro/maio de 2014) com população acima de 20 anos conforme tabela.

**Porcentagem de pessoas do ESF  
Anastácio por faixa etária**



Idade	Total	
	M	F
<1 ano	8	7
1 a 4 anos	132	138
5 a 9 anos	233	168
10 a 14 anos	224	236
15 a 19 anos	238	251
20 a 39 anos	772	833
40 a 49 anos	314	338
50 a 59 anos	236	330
> 60 anos	346	389
<b>Total</b>	<b>2503</b>	<b>2690</b>

Tabela 1:População da ESF por sexo e faixa etária.

Fonte: SIAB

Ao analisar a tabela notamos que há aproximadamente 1000 crianças de 0 a 14 anos e mais de 700 idosos na área de abrangência, a população adulta predomina atingindo mais de 50 % da população. Sendo as doenças predominantes na área diabetes com 120 pessoas e hipertensão com 568 pessoas Conforme demonstra a tabela.

<b>Doenças Referidas</b>	<b>TOTAL</b>
Alcoólatras	16
Chagas	01
Deficiência Física	54
Diabéticos	120
Epilepsia	05
Hipertensão	568
Hanseníase	04

Tabela 3: Doenças referidas.

Fonte: SIAB

### 3.1 PROTOCOLO

<b>Atendimento Primário</b>	<b>Estratégia da Saúde da Família (ESF)</b>
Detecção e diagnóstico precoce	Clinico geral, enfermeira, técnico enfermagem, ACS.
Educação continuada para diabéticos e familiares	Clinico geral, enfermeira, técnico enfermagem, ACS
Encaminhar a consultas especializadas	Clinico geral, enfermeira.
Solicitação de exames para controle	Clinico geral, enfermeira
Dispensação de medicamentos	Farmácia
Realizar consultas	Clinico geral, enfermeira.
Esclarecer a comunidade sobre fatores de risco para doenças subsequentes da diabetes, orientando sobre a prevenção.	Clinico geral, enfermeira, técnico enfermagem, ACS.
Verificar o comparecimento dos pacientes diabéticos a consultas marcadas e reuniões de hiperdia	, ACS
Avaliação de glicemia aos pacientes identificados com diabetes	Clinico geral, enfermeira.
Perguntar ao paciente diabético se esta tomando as medicações e cumprindo orientações da dieta, atividade física e controle do peso.	Clinico geral, enfermeira, técnico enfermagem, ACS.
Avaliar a eficácia da intervenção	Clinico geral, enfermeira.
Capacitar para atendimento aos	Enfermeira



diabéticos	
Registrar na ficha de acompanhamento	Técnica enfermagem, ACS.
Encaminhar e auxiliar no cadastro da HIPERDIA	ACS
Desenvolver atividades educativas	Clinico geral, enfermeira, técnico enfermagem, ACS.
Realizar glicemia capilar a cada consulta	Enfermeira, técnico enfermagem.
<b>Atendimento secundário</b>	<b>CEM</b>
Acompanhamento	Cardiologista
Acompanhamento	Endocrinologista
Desenvolver plano de ação nutricional	Nutricionista
Acompanhamento	Psicólogo
Avaliar a eficácia da intervenção	Enfermeira/ medico

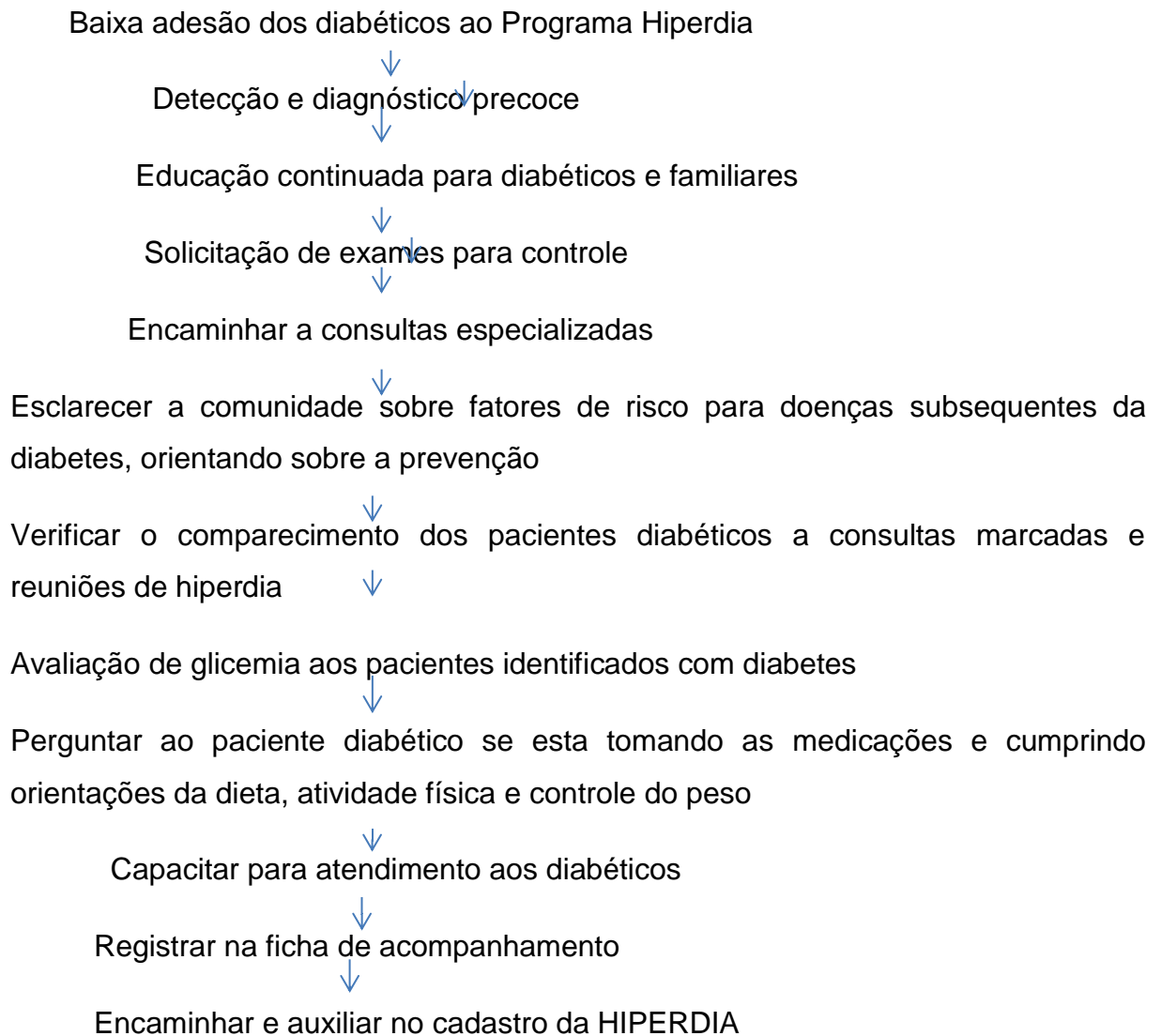
### 3.2 CRITERIOS UTILIZADOS PARA PROBLEMAS PRIORITÁRIOS

A população da ESF Anastácio é de aproximadamente 5000 pessoas correspondendo a 1564 famílias. Para levantar os problemas da unidade foram utilizados dados do SIAB, onde foi observado um numero grande de diabéticos. Junto com a equipe foi decidido que para melhorar o atendimento seria necessário à criação de protocolo, para isto foi levantado os dados da população da ESF que esta dividida em 08 Micros áreas sendo a população predominante na faixa etária entre 20 a 59 anos, 57% da população.

#### PROBLEMA ELEITO

Problema	Indicador
As doenças predominantes na área são diabetes e hipertensão,	SIAB
	FICHAS A
	DADOS DA ENFERMEIRA DA UNIDADE
	RELATOS DE AGENTES COMUNITARIOS

### 3.3 ESQUEMA DO PROBLEMA SELECIONADO



### 3.4 ESTRATEGIAS PARA DESENVOLVER O PROTOCOLO

<b>Atendimento Primário</b>	<b>Estratégia da Saúde da Família (ESF)</b>
Detectar e diagnosticar precocemente	Clinico geral, enfermeira, técnico enfermagem, ACS.
Rodas de conversa para diabéticos e familiares sobre a doença.	Clinico geral, enfermeira, técnico enfermagem, ACS.
Orientar para consultas especializadas	Clinico geral, enfermeira.
Solicitação de exames para controle	Clinico geral, enfermeira
Orientar quanto ao uso de medicamentos	Farmácia, enfermeira, medico
Realizar consultas de rotina	Clinico geral, enfermeira.
Avaliar o conhecimento da comunidade sobre fatores de risco para doenças subsequentes da diabetes, orientando sobre a prevenção.	Clinico geral, enfermeira, técnico enfermagem, ACS.
Verificar o comparecimento e acompanhamento dos pacientes diabéticos a consultas marcadas e reuniões de hiperdia.	ACS, enfermeira, técnico em enfermagem.
Verificação de glicemia em pacientes diabetes a cada reunião de hiperdia	Enfermeira, técnico em enfermagem.
Orientar o paciente diabético sobre o uso de medicações, dieta, atividade física e controle do peso.	Clinico geral, enfermeira, técnico enfermagem, ACS.

Avaliar a resposta do paciente quanto a eficácia da intervenção.	Clinico geral, enfermeira.
Capacitação da equipe para atendimento aos diabéticos	Enfermeira, medico
Registrar na ficha de acompanhamento dados referentes a glicemia capilar, medicação ou alterações de medicamentos.	Técnica enfermagem, ACS.
Realização de cadastro da HIPERDIA	ACS
Desenvolver atividades educativas através de rodas de conversa, avaliando as dificuldades enfrentadas pelo diabético.	Clinico geral, enfermeira, técnico enfermagem, ACS.
Encaminhar para especialidades quando necessário de acordo a necessidade de cada um.	Medico, enfermeira
Avaliar a eficácia da intervenção.	Enfermeira, medico

### 3.5 PROPOSTA PARA ACOMPANHAMENTO

Atendimento Primário	Estratégia da Saúde da Família (ESF)	
Consultas.	Clinico geral, enfermeira, nutricionista.	outubro
Avaliar a eficácia da intervenção	Clinico geral, enfermeira.	novembro
Esclarecer a comunidade sobre fatores de risco para doenças subsequentes da diabetes, orientando sobre a prevenção e cuidados, aumentando a auto-estima do paciente inserindo -o ao convívio social, com qualidade de vida.	Clinico geral, enfermeira, técnico enfermagem, ACS.	
Acompanhamento secundário com especialista sempre que necessário.	Enfermeira, médico	

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Sabe-se que a diabetes é considerado um problema de saúde pública, e muitos pacientes não sabem que são portadores de DM, quando descobrem já apresentam complicações devido a doenças subseqüentes da DM. Nas reuniões de hiperdia pode-se verificar que as pessoas conhecem a doença, no entanto, não acreditam ou não levam a sério o uso de medicação. Muitos relatam “como”, depois uso insulina. Nas ações educativas foi explicado sobre os cuidados com alimentação, pés diabéticos, higiene, as doenças relacionadas a diabetes e suas complicações. Percebendo que a maior dificuldade esta relacionada a alimentação nas reuniões já ficam agendadas consultas com nutricionista, para adaptar /reformular cardápio de acordo com as condições de cada um. Com a aplicação do protocolo pretende-se que diminuam as complicações relacionadas a DM, proporcionado qualidade de vida diminuindo as sequelas, orientado paciente e familiares quanto aos cuidados e tratamento, propiciando acompanhamento de qualidade e humanizado respeitando as limitações de cada um, estimulando o convívio social.

## REFERENCIAS

Caixeta, C. As relações familiares e o processo de adoecimento em Diabetes tipo 2 [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2007

Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica. Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus—protocolo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

Santos, D. M.; Ubaldo, T. A.; Anjos, A. L. A reeducação do paciente portador do diabetes mellitus tipo II. 2008.[ Acesso em 18 nov. 2013] Disponível em: <<http://www.uniandrade.edu.br>>

Sartorelli, D.S; Franco, L.J, Tendências do diabetes mellitus no Brasil: O papel da transição nutricional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, V19, n.1, p. S29-S36, 2003.

Tudo sobre diabetes. mdemulher [periódico na internet]. 2013.[ Acesso em 20 nov. 2013] Disponível em: <<http://mdemulher.abril.com.br/tudo-sobre/diabetes/>>